

Transtorno Dismórfico Corporal

Melissa Guarieiro Ramos¹; Marcos Renato Camargo Ramos²; Rodrigo Barreto Huguet³; Carlos von Krakauer Hubner⁴

IDENTIFICAÇÃO

C.S.L., sexo masculino, 16 anos, solteiro, estudante, procedente de São João da Boa Vista

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL

Desde os 13 anos relata preocupação extrema com mancha em seu rosto. (Embora esta fosse uma percepção distorcida de uma mancha pouco perceptível, pequena, discretamente hipercrômica próximo à sua comissura labial esquerda.)

Passou então a comprometer grande parte do tempo em comportamentos repetidos de checagem em frente ao espelho para observar defeitos no rosto. Empenhava-se em disfarçar a tal mancha e outras decorrentes de ocasionais acnes, usando o artifício de afixar pedaços de esparadrapo sobre estas e aplicando diversas substâncias tóxicas para fazê-las desaparecer do rosto.

Diz que a existência da mancha causa-lhe muita vergonha, pois tem certeza de que esta o torna “feio”, “inferior no aspecto estético” e “sujo”. Associado a esta crença, desenvolveram-se idéias auto-referenciais de que todos observavam sua mancha e o avaliavam negativamente ou humilhavam por causa dela. Sentia-se incompreendido quando argumentavam que sua preocupação era expressão de vaidade. À época não se associavam sintomas depressivos.

Em conseqüência, passou a desenvolver esquiva fóbica social por “pavor, nervosismo, calafrios e tremores” ao encarar os colegas. No fim da 7ª série já não conseguiu freqüentar as aulas e parou de estudar. Durante um ano e meio permaneceu recluso em casa, isolado socialmente e com humor progressivamente deprimido. Saiu de casa somente por três vezes, para avaliação dermatológica, certo de que quando a mancha desaparecesse de seu rosto conseguiria retomar sua vida normal.

Em decorrência da piora progressiva de seus sintomas, forçado pela mãe iniciou tratamento psiquiátrico em Março/2004. A terapêutica inicial consistiu no emprego de antidepressivo da classe dos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) e antipsicótico atípico. Esquema utilizado por sete meses, com melhora parcial apenas dos sintomas depressivos. Entretanto, por evitação fóbica ao contato social, raras vezes comparecia às consultas. Tal fator não permitia intervenção médica adequada e o

paciente terminou por abandonar o tratamento em outubro/2004.

Em março/2005, a gravidade dos sintomas novamente motivou a mãe a requerer tratamento psiquiátrico para o paciente. Procedeu-se com internação psiquiátrica (involuntária). Sob regime hospitalar, no período de Março a Abril/2005, foi instituída terapêutica à base de ISRS, antipsicótico típico combinado com atípico e benzodiazepínico. À alta sentia-se mais animado e disposto, estabelecia contato social pouco melhor, conjeturava planos para retomar estudos, embora permanesse preocupação com a imagem corporal distorcida.

HISTÓRIA SOCIAL

Abandonou atividades acadêmicas e esportivas. Único contato social é com a mãe adotiva (65 anos).

HISTÓRIA FAMILIAR

Desconhecido histórico dos familiares biológicos.

EXAME PSICOPATOLÓGICO

O paciente mostrava-se normovigil, normotenaz, orientado globalmente. Humor pouco deprimido, importante sintomas de ansiedade (tensão, inquietação). Relato de rituais de checagem no espelho e distorções da imagem corporal. Pensamento de curso normal, lógico, com idéia prevalente egossintônica, a cerca da distorção de sua imagem corporal (mancha no rosto), e decorrentes interpretações auto-referenciais. Crítica íntegra.

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Iniciado acompanhamento psiquiátrico ambulatorial semanal, desde maio/2005. Estabelecidas intervenções farmacológicas e psicoterápica dire-

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v.7, n.3. p. 20 - 21, 2005

1 - Médica Residente do Serviço de Psiquiatria do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSE-MG)

2 - Médico Psiquiatra do Serviço de Interconsulta Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Sorocaba PUC-SP

3 - Médico Psiquiatra do Serviço de Psiquiatria do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSE-MG)

4 - Professor do Departamento de Medicina CCMB/PUC-SP

Recebido em 19/09/05. Aceito para publicação em 26/09/05

cionadas pela impressão diagnóstica de Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) e Transtorno Depressivo Maior, episódio moderado (DSM-IV-TR).

Optamos por manter a intervenção farmacológica somente com o ISRS, o antipsicótico atípico e o benzodiazepínico.

Foi associada a abordagem psicoterápica cognitivo comportamental. Nesta perspectiva, o paciente foi motivado e auxiliado a compreender os fatores psicológicos envolvidos na manutenção do TDC. Técnicas de relaxamento e exposição ao vivo gradual, guiada por hierarquia dos sintomas ansiosos estabelecida com o paciente, para habituação. Reestruturação cognitiva por meio da identificação de pensamentos automáticos e crenças emocionais.

Com o acompanhamento descrito, completa quatro meses de tratamento, e alcançou até o momento importante resposta clínica. Retomou nível satisfatório de funcionamento social: sai diariamente de casa, realiza caminhadas, compras, estabelece novos vínculos sociais, reiniciou curso supletivo visando a completar o primeiro grau. Enfraquecimento da crença acerca da distorção da imagem facial, com elaboração de pensamentos funcionais substitutivos; evita olhar-se no espelho e não focaliza olhar sobre a mancha ao visualizar sua imagem. Ainda tem dificuldades para estabelecer vínculos com pessoas de sua idade, principalmente com garotas.

DISCUSSÃO

Definição Clínica

Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) é um transtorno mental caracterizado pela preocupação com um defeito corporal imaginário ou uma distorção exagerada de um defeito mínimo ou sem importância. Associa-se a sofrimento significativo e/ou prejuízo na vida pessoal, social ou profissional do indivíduo.¹

É frequente comorbidade com TDC, especialmente depressão, fobia social e transtorno obsessivo-compulsivo.²

Epidemiologia

A prevalência na comunidade é relatada em cerca de 0,7%^{3,4}, com elevada prevalência de casos leves em adolescentes e adultos jovens e igualmente comum entre mulheres e homens. Os pacientes afetados tendem a ser solteiros ou separados e desempregados.

Embora a idade média de início dos sintomas seja aos 17 anos, tais pacientes serão diagnosticados

por profissional de saúde mental cerca de 10-15 anos após início do quadro.² Assim, TDC é um transtorno crônico e subdiagnosticado, caracterizado por frequentes tratamentos dermatológicos e cirurgias estéticas.^{5,6}

Abordagens Terapêuticas

TDC tem muitas similaridades fenomenológicas com o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). A evidência de resposta dos sintomas TDC ao tratamento com ISRS sustenta sua inclusão como um transtorno do espectro obsessivo-compulsivo.⁷

Como cerca de 35%-50% dos pacientes com TDC apresentam atividade delirante, a potencialização dos ISRS com antipsicóticos é uma intervenção interessante.⁸

A terapia cognitiva comportamental demonstra-se eficaz no TDC.⁹

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatry Association. Diagnostic & statistical manual of mental disorders. 4thed. Washington: American Psychiatry Association; 1994.
2. Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R, et al. Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *Br J Psychiatry* 1996; 169:196-201.
3. Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. Epidemiology of somatoform disorders: a community sample of women. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32:24-9.
4. Otto MW, Wilhelm S, Cohen LS, Harlow BL. Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 2061-3.
5. Ishigooka J, Iwao M, Suzuki M, Fukuyama Y, Murasaki M, Miura S. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 52: 283-7.
6. Phillips KA, Dufresne RG Jr, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42:436-44.
7. McElroy SL, Phillips KA, Keck PE Jr. Obsessive compulsive spectrum disorder. *J Clin Psychiatry* 1994; 55[suppl 10]:33-53.
8. Phillips KA. Body dysmorphic disorder. In: Phillips KA, ed. *Somatoform and factitious disorders*. Washington: American Psychiatry; 2001:67-94.
9. Neziroglu F, Khemlani-Patel S. A review of cognitive and behavioural treatment for body dysmorphic disorder. *CNS Spectrums* 2002; 7:464-71.